

Comisión de Relaciones Humanas de Allentown
Cuestionario de discriminación en Comodidad Públicos

1. INFORMACIÓN DE CONTACTO DEL RECLAMANTE

Nombre _____

Dirección _____

Calle

Apt.

Ciudad

Estado

Código postal

Número de teléfono: (C) _____ Celular: _____

(T) _____ ¿Podemos llamarte al trabajo? sí no

Correo electrónico: _____

Nombre, dirección y número de teléfono de una persona que NO vive con usted y sabrá cómo contactarlo:

Nombre _____ Número de teléfono _____

Dirección _____

Calle

Apt.

Ciudad

Estado

Código postal

Correo electrónico: _____

2. ¿CONTRA QUÉ NEGOCIOS O ORGANIZACIÓN DESEA PRESENTAR SU QUEJA?

Nombre _____

Dirección _____

Calle

Ciudad

Estado

Código postal

Número de teléfono _____ Correo electrónico _____

Tipo de negocio _____

(*Por ejemplo, restaurante, teatro, servicio de entrega, agencia del gobierno estatal o local, etc.)

3. DESCRIBA CÓMO FUE PERJUDICADO Y CUÁNDO, PARA QUE PODEMOS DETERMINAR SI PODEMOS AYUDARLE. * Marque todo lo que corresponda

Escriba la fecha(s) en que fue perjudicado junto al evento o acción discriminatoria:

- Admisión rechazada _____ Reingreso rechazado _____
- Desalojo (obligado a irse) _____ Acusado de robo _____
- Diferentes precios cambiados por mercancías o servicios _____
- Privilegios revocados _____ Vigilancia (fue seguido o observado) _____
- Discriminación racial _____
- Términos / condiciones del contrato diferentes _____
- Términos / condiciones de venta diferentes _____
- Términos / condiciones de la mercancía diferentes _____
- Hostigamiento (Complete el # 9 si fue hostigado). _____
- Negado acceso relacionado con una discapacidad _____
- Negado acomodo razonable por una discapacidad _____
- Negado intérprete (lenguaje de señas americano o otro idioma) _____
- Aviso discriminatorio o anuncio exhibido o publicado _____

OTROS, por favor sea específico: _____

*** POR FAVOR, ADJUNTE COPIAS DE CUALQUIER DOCUMENTO, COMO ANUNCIO, CARTA, RECIBO, CONTRATO, ETC. PARA APOYAR LO QUE USTED ESTÁS DICIENDO.**

4. ¿SIENTE QUE FUE TRATADO DIFERENTEMENTE (DISCRIMINADO EN CONTRA) MOTIVADO POR ALGUNAS DE LAS CARACTERÍSTICAS INDICADA ABAJO.

La comisión puede investigar su queja sólo si se cree que fue tratado de manera diferente y perjudicado debido a su raza, color, religión, ascendencia, edad, sexo, origen nacional, estado civil, discapacidad o el uso, manejo o la formación de un guía o de apoyo animal para ceguera, sordera o discapacidad física. Por ejemplo, si siente que lo trataron peor que otra persona debido a su raza como la razón. Si siente que recibió un trato diferente debido a su raza y sexo, verifique tanto la raza como el sexo. **Solo verifique las razones que explican por qué fue perjudicado.** Además, identifique su raza, color, religión, nacionalidad o ascendencia, si fue discriminado en función de esos factores.

- Hombre Mujer Embarazada

Raza _____ Color _____

Religión _____ Ascendencia _____

Lugar de origen (país en el que nació) _____

Asociación con una persona de una raza diferente a la suya:

Su raza _____ La raza de la otra persona _____

Uso de animal guía o de apoyo para personas con discapacidad (complete # 6)

Manejo o entrenamiento de un animal de apoyo para discapacitados (complete el # 6)

Otros (especificar) _____

Tengo una discapacidad (por favor complete el # 6)

El gerente, etc., me trata como si estuviera discapacitado.

Tuve una discapacidad en el pasado. (por favor complete el # 6)

Tengo una relación o asociación con alguien que tiene una discapacidad. (por favor complete el # 6)

REPRESARIA

Si cree que fue **perjudicado** porque se quejó de lo que creía que era discriminación ilegal, porque presentó una queja sobre discriminación ilegal o porque ayudó a otra persona a quejarse de discriminación, complete la siguiente información.

Fecha en que presentó una queja ante la Comisión de Relaciones Humanas de Allentown _____

Si presentó una queja ante otra agencia, indique el nombre y la fecha de presentación de la agencia:

Fecha en que se quejó de discriminación y persona con la que se quejó (nombre y cargo):

Fecha en que ayudó a alguien a quejarse por discriminación _____

5. DIGA LOS MOTIVOS QUE LE DIO EL GERENTE, PROPIETARIO DEL NEGOCIO, ETC. POR LAS ACCIONES QUE LE PERJUDICARON.

¿Quién te contó sobre el razonamiento de la acción? Incluyendo su posición o título.

¿Cuándo se le informó sobre las medidas tomadas en su contra? _____

Fecha (s)

Si no recibió ninguna razón, marque aquí.

Independientemente de cómo fue usted perjudicado, identifique a una persona o personas que fueron tratadas mejor que usted. *Por ejemplo, a usted le cobraron un precio, por artículos en una tienda por departamento, diferente al cobrador a otros clientes, y usted tenía puestas prendas religiosas que identifican su religión diferente a la de ellos.*

Nombre de otra (s) persona (s) - Nombre y apellido (si no lo conoce, diga quiénes eran - otro comprador, comensal, etc.) _____

¿Cómo es esta persona diferente de ti? Por ejemplo, ¿cuál es su raza, edad, religión, etc.?

Por favor explique exactamente cómo esta persona fue tratada mejor o de manera diferente a usted. Incluya fechas.

Si no puede identificar a alguien que recibió un trato mejor o diferente que usted, debe describir un incidente, una declaración, etc., que pueda ser investigado, y que esté directamente relacionado con la manera en qué recibió un trato diferente al de otra persona.

6. SI MARCÓ UNA DE LAS CUATRO CATEGORÍAS DE DISCAPACIDAD ANOTADAS EN EL NÚMERO 4 ANTERIOR, RESPONDA LAS SIGUIENTES PREGUNTAS. (SI NO, PASE A LA # 7)

¿Cuál es tu discapacidad? _____

¿Cuánto tiempo ha tenido esta discapacidad y cuándo comenzó? _____

¿Todavía tienes esta discapacidad? sí no

De ser si, ¿cuánto tiempo más espera tener la discapacidad? _____

¿Qué actividades importantes de la vida tiene gran dificultad para hacerlas, debido a su discapacidad? (Marque todas las que correspondan)

Ver Oír Doblarme Caminar Alzar Inclinar

Dar la vuelta Subir Correr Hablar Estar de pie por largo tiempo

Estar sentado por largo tiempo Cuidado personal Pensar Concentrarme

Relacionarme con otros

Otras actividades personalable de la vida (**Sea específico**) _____

Si tuvo una discapacidad en el pasado, ¿cuado comenzo y cuando termino?_____

Si el dueño de un negocio, gerente o empleado, etc. lo trata como si estuviera discapacitado:
¿Qué discapacidad piensan o creen que tiene usted? _____

Nombres y cargos de las personas que lo tratan como discapacitado:

¿Por qué crees que estas personas piensan o creen que tienes una discapacidad?

¿Cómo se enteró de su discapacidad el dueño, el empleado del negocio, etc. ?

¿En qué fecha se Si está relacionado con alguien que tiene una discapacidad, ¿cuál es su relación con esta persona?enteraron de su discapacidad? _____

¿Qué persona específica aprendió sobre su discapacidad? (incluya su posición o título)

Si está relacionado con alguien que tiene una discapacidad, ¿cuál es su relación con esta persona? _____

¿Cuál es la discapacidad de esta persona? _____

Cómo y en qué fecha se enteró el propietario, gerente, etc. del negocio sobre la discapacidad de esta persona _____

¿Solicitó usted un acomodo o asistencia? sí no

EN CASO DE SI:

- ¿A quién le hizo usted la solicitud? _____
- ¿En qué fecha se hizo la solicitud? _____
- Describa el acomodo o la asistencia que solicitó, y por qué:

¿El propietario, gerente, etc. del negocio proporcionó el acomodo o la asistencia pedida?

sí no

Si es así, en qué fecha _____

Si no, ¿le proporcionó en cambio otro acomodo o asistencia? sí no

Si lo hizo, por favor explique. _____

¿El propietario del negocio, el gerente, etc., rechazó su solicitud de acomodo o asistencia?

sí no

Si es así, ¿quién negó su solicitud? _____

¿En qué fecha fue negada la solicitud? _____

¿Qué razón se le dio para la negación? _____

7. SI SE NEGÓ EL ACCESO A UN LUGAR PÚBLICO DEBIDO A UNA DISCAPACIDAD, DESCRIBA EL SITIO O SERVICIO INACCESIBLE, ADEMÁS DE COMPLETA LA PREGUNTA # 6.

¿Qué servicio, instalación o área no era accesible y de qué manera? (Sea lo más específico posible, por ejemplo: la entrada no era accesible debido a las escaleras, las puertas / pasillos demasiado estrechos para la silla de ruedas, el centro médico se negó a proporcionar un intérprete de lenguaje signado, no se permitió el estacionamiento accesible, etc.)

8. SI SE NEGÓ EL ACCESO A UN LUGAR PÚBLICO POR UNA RAZÓN DIFERENTE A DISCAPACIDAD, POR FAVOR DESCRIBA EL SITIO O SERVICIO INACCESIBLE Y EN QUÉ FORMA NO FUE ACCESIBLE.

¿Qué servicio, instalación o programa no era accesible y cómo era inaccesible? (Sea lo más específico posible, por ejemplo: el dueño del negocio me pidió que ordenara en inglés, cuando un empleado de habla hispana estaba disponible).

9. SI VERIFICÓ QUE FUERON HOSTIGADO BAJO EL NÚMERO 3, RESPONDA LAS SIGUIENTES PREGUNTAS TAN COMPLETAMENTE COMO ES POSIBLE.

Nombra la persona o las personas que le hostigaron: _____

Su puesto o cargo (gerente, propietario, empleado, cliente, etc.)

¿Cuándo fuiste hostigado? fecha de inicio _____ fecha final _____

¿Sigue el hostigamiento? sí no

¿Con qué frecuencia ocurrió el hostigamiento? Lo mejor posible, indique la fecha, mes y año de cada incidente y con qué frecuencia ocurrieron los actos de hostigamiento.

Solo una vez _____

Una vez al día _____

Varias veces al día _____

Múltiples veces / semana _____

Múltiples veces / mes _____

Proporcione dos o tres ejemplos de hostigamiento que recibió.

¿El hostigamiento tuvo un efecto negativo o perjudicial en usted o su salud? Si es así, explique:

¿Te quejaste a alguien sobre el hostigamiento? sí no

¿A quién te quejaste? _____

Nombre

Posicion o Titulo

¿En qué fecha te quejaste? _____

¿Se detuvo el hostigamiento después de que te quejaste? sí no

Si terminó, ¿en qué fecha se detuvo? _____

Después de que se quejó, ¿se tomaron otras medidas contra usted? (por ejemplo, desalojo, servicio negado, etc.) sí no

¿Cuáles fueron las acciones? _____

¿En qué fechas ocurrieron? _____

¿Quién tomó la acción contra ti? _____

Nombre

Posicion o Titulo

¿Sabía esta persona que te quejaste del hostigamiento? sí no

10. SI HA PRESENTADO ESTA QUEJA CON CUALQUIER OTRA AGENCIA LOCAL, ESTATAL O FEDERAL, POR FAVOR CONTESTE LO SIGUIENTE:

Nombre de la agencia con la que presentó: _____

Fecha de denuncia

Número de consulta o queja

11. ¿HA PARTICIPADO EN ALGUNA ACCIÓN JUDICIAL RESPECTO A ESTE ASUNTO? (ACCIÓN JUDICIAL INICIADA POR USTED O CUALQUIER OTRO). SI ES ASÍ, POR FAVOR ESPECIFIQUE EL CORTE Y LA FECHA PRESENTADA, LO MEJOR DE SU MEMORIA. sí no

Tribunal

Ciudad

Condado

Estado

Fecha

12. SI TIENE UN ABOGADO QUE LO REPRESENTA EN ESTE ASUNTO, POR FAVOR HAGA QUE EL ABOGADO ENVÍENOS UNA CARTA QUE CONFIRME ESTO. (NO NECESITA UN ABOGADO PARA PRESENTAR UNA QUEJA).

DEBE FIRMAR Y FECHAR ESTE FORMULARIO ANTES DE DEVOLVERLO.

Yo certifico que las declaraciones contenidas en este formulario son verdaderas y correctas a lo mejor de mi conocimiento, información y creencia. Entiendo que las declaraciones falsas en este documento están sujetas a las sanciones de 18 PA.C.S. Sección 4904, relacionada con autoridades de falsificación no juradas.

Firma _____

Fecha _____

SI TIENE OTRA INFORMACIÓN QUE CREA QUE NECESITAMOS SABER PARA AYUDARNOS A ENTENDER SU QUEJA, POR FAVOR PROPORCIONE A CONTINUACIÓN. SENTIRSE LIBRE DE COLOCAR PÁGINAS ADICIONALES PARA DESCRIBIR LO QUE LE PASÓ TAN COMPLETAMENTE COMO ES POSIBLE.

